

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

507

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Jacques BEER

Né le 8 septembre 1909, à Debica (Pologne)

LES RUPTURES MUSCULAIRES
DE LA PAROI ABDOMINALE
AU COURS DE LA
GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Président : M. F. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Jacques BEER

Né le 8 septembre 1909, à Debica (Pologne)

LES RUPTURES MUSCULAIRES
DE LA PAROI ABDOMINALE
AU COURS DE LA
GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Président : M. F. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie .
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
GUENIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET MA MÈRE

*Ma reconnaissance n'égale jamais vos
bienfaits.*

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique d'Accouchement
Accoucheur de la Clinique Tarnier
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR CATHALA

Accoucheur à la Maternité de Saint-Louis

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR LANTUÉJOUL

Professeur agrégé de Clinique d'Accouchement
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a guidé dans notre travail
et initié à la pratique d'accouchement.*

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR HOROWITZ

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*Hommage de notre respectueuse grati-
tude.*

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

LES RUPTURES MUSCULAIRES

DE LA PAROI ABDOMINALE

AU COURS DE LA

GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

I

INTRODUCTION

Les ruptures musculaires, en particulier celles du grand droit et de l'hématome consécutif, dont l'erreur de diagnostic se fait fréquemment avec une appendicite, ou une tumeur intra-abdominale avec torsion du pédicule, constituent des faits bien connus. Les traités de Le Dentu-Delbet, Lecène-Leriche, Roger-Widal-Teissier, les ont exposés. Cette question fût le sujet de plusieurs thèses, celles de Kieffer (1895), Welcker (1900), Foucart (1907). Il est classique de signaler les ruptures du grand droit au cours de la grossesse chez les multipares, le muscle fatigué, allongé, affaibli par des grossesses multiples, se rompt sous l'influence de l'effort de l'accouchement.

Notre Maître, M. Lantuéjoul et M. Griffiths, ayant observé à la Maternité de Saint-Louis, dans le service de notre Maître M. Cathala, un cas d'hématome de la paroi abdominale par rupture du grand droit, chez

une femme enceinte de 7 mois, ont soulevé, dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, différents problèmes concernant l'étiologie et la pathogénie de ces ruptures musculaires : « Il ne s'agit pas de la possibilité d'une rupture musculaire au cours de l'effort du travail, ce qui est une tout autre question. Il s'agit de la possibilité d'action de la grossesse comme facteur de lésions musculaires ou vasculaires, pouvant amener un hématome de la paroi ou une rupture du grand droit en apparence spontanée. Existe-t-il une myosite gravidique, comme il existe une myosite grippale ou typhique ? Faut-il conserver ou non la grossesse parmi les causes prédisposantes aux ruptures du grand droit ?

Ce sont là les questions que nous nous proposons d'étudier dans ce travail.

Mais, avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de gratitude à notre Maître M. Cathala, de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, ainsi qu'à notre cher Maître, M. Lantuéjoul, de nous avoir guidé dans notre travail, et nous avoir habitué dans son service à la pratique de l'accouchement.

Nous prions M. le Professeur Brindeau de vouloir bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

II

HISTORIQUE

Les cas de ruptures musculaires dans la littérature médicale récente, ne sont pas fréquents ; ce sont surtout les chirurgiens qui observent des ruptures, en particulier celles du grand droit avec hémorragie consécutive. Ce sont des ruptures traumatiques survenues au cours d'un effort violent (effort du cavalier sautant à cheval, par exemple), et les ruptures dites spontanées, où il semble que la rupture ait été conditionnée, soit par une lésion antérieure du muscle, une myosite due à une infection ou intoxication, soit par une lésion vasculaire : thrombose, embolie de l'épigastrique.

Mentionnons de très intéressants articles de Cathelin dans *Le Progrès médical* (1920), sur les ruptures du grand droit chez les cavaliers, de Behan dans *Boston med. and surg. journ.* (1920) « Rupture of rectus abdominis muscle », celui de Katzeroff, de Genève, « La rupture de l'artère épigastrique et son traitement » dans *Lyon médical* (1921) et de Muret, dans *Gynécologie et obstétrique* de juillet 1933, « Des parois abdominales pendant la gestation et les suites de couches ».

Nous aurons d'ailleurs, au cours de ce travail, à puiser largement dans ces auteurs.

Dans la littérature gynécologique, on ne retrouve que des cas très rares de ruptures musculaires observées au cours de la grossesse et de l'accouchement. La première observation est due à Chaussier (1809), et concerne une rupture du psoas au cours du travail. On la trouve dans le dernier chapitre « Ruptures diverses » du troisième volume du traité de Tarnier et Budin. Une seconde observation due à Bar et publiée dans la thèse de Colson (1879), est celle d'une femme enceinte morte à la suite d'une hémorragie pariétale par la rupture de l'artère épigastrique gauche.

En 1908, Macé rapporte à la Société d'Obstétrique de Paris, un cas de rupture du grand droit de l'abdomen chez une femme enceinte, chez laquelle les phénomènes graves qu'elle présentait faisaient penser à une rupture de grossesse extra-utérine, ou à la torsion d'un kyste. Au cours de la même séance, Boissard apporte un cas semblable, le diagnostic posé était « kyste de l'ovaire avec hémorragie intra-kystique ou torsion ». La laparatomie pratiquée révéla un large hématome de la paroi abdominale.

Depuis cette date nous ne trouvons aucune publication en France sur des cas semblables. Ce n'est que tout récemment que notre Maître, M. Lantuéjoul et Griffiths ont apporté dans le bulletin d'avril 1933 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, une observation sur un cas d'hématome de la paroi

abdominale par rupture du grand droit chez une femme enceinte de sept mois.

Dans les monographies étrangères, nous avons pu retrouver de nombreuses observations. La première, en Allemagne, c'est Stoeckel qui a décrit dans *Zentralblatt für Gynecologie* (1901), 2 cas d'hématome du grand droit pendant la grossesse. Dans le même périodique nous trouvons décrites les observations suivantes :

Un cas dû à Sjoblin (1906), de Vogt de Dresde (1913), de Bauereisen (1921); ce dernier est un cas de rupture du grand droit pendant la lactation, et une observation de Lichtenstein (1922) concernant un hématome avec rupture consécutive du grand droit chez une primipare, qu'il a observé à la « Universitat Frauenklinik » de Leipzig.

Dans *Brans Beitrage Zu Klinische Chirurgie* de 1923 nous retrouvons un article de Hilgenreiner de Prague, « Spontane Bauchdeckenhamatome des vorgerucktes altes » où il étudie tous les cas de ruptures musculaires pendant la grossesse retrouvés dans la littérature allemande jusqu'à ce moment.

Nous trouvons dans *Acta Chirurgica Scandinavica* de 1928, un cas d'hématome dû à Wehik, survenu au cours d'une infection puerpérale.

Citons également l'article de Schroeder (1929), « Ruptures spontanées du muscle droit de l'abdomen comme indications très rares de la césarienne ».

Nous ajoutons un cas retrouvé dans la littérature italienne récente dans *Policlinica sez. pratica* (1929),

dû à Carnelli : « Rottura del muscolo retto abdominale sinistro in gravità affecta da influenza » et l'article publié par Spirito dans *Rassegna internaz. di clin. e terap* (1932), « Gli ematomi spontanei delle pareti abdominali e gli ematomi spontanei soprafacciali delle pareti pelviche di pertinenza ostetrico-ginecologica ».

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. PATHOGÉNIE.

Nous n'avons rien de particulier à remarquer au point de vue anatomo-pathologique dans la rupture musculaire au cours de la grossesse. Nous décrirons brièvement ce qui a été dit pour les modifications des parois pendant la grossesse, et les lésions musculaires au cours des maladies générales (grippe, fièvre typhoïde, pneumonie, scorbut, purpura, érysipèle, infection puerpérale), provoquant les ruptures musculaires. Nous nous contenterons, en ce qui concerne la pathologie du muscle, d'envoyer le lecteur au Traité de Le Dentu, Delbet, Cornil et Ranvier, Durante et Zenker.

Au cours de la grossesse, les parois abdominales sont le siège de modifications importantes qui donnent lieu à une augmentation progressive de leur surface. Il ne s'agit pas là d'une simple distension passive et mécanique des parois, mais d'un phénomène biologique, d'une adaptation physiologique du contenant au contenu (Muret), comparable à celui mieux connu du développement harmonieux des

parois de l'utérus avec celui de l'œuf. On constate que la peau du ventre est, chez la femme enceinte, le siège d'une forte hyperhémie vasculaire et lymphatique et d'une augmentation souvent abondante du tissu adipeux. Mais le phénomène le plus caractéristique est l'apparition des vergetures, il s'agit de stries allongées et étroites. Muret admet un facteur gravidique spécial pour expliquer les vergetures de la femme enceinte. La question de l'origine et des causes des vergetures de la grossesse est loin d'être élucidée.

L'absence et la rareté des vergetures chez les peuples primitifs peut s'expliquer par un meilleur fonctionnement de la peau du ventre dû à la vie en plein air sans vêtements ou avec des vêtements plus légers, plus rationnels.

Durante a constaté dans les muscles de la paroi abdominale chez la femme enceinte : la néo-formation des fibres musculaires par division longitudinale avec hyperplasie et sans trace de dégénérescence, contrairement à ceux que l'on observe lorsqu'un muscle est refoulé par un néoplasme.

Selheim explique le problème biologique du développement des parois abdominales pendant la grossesse par une expansion active et une croissance progressive des muscles des parois.

Ces phénomènes gravidiques d'adaptation qui n'excluent pas d'ailleurs une certaine réaction passive de leur élasticité naturelle, paraissent dépendre de certaines glandes endocrines qui seraient au début le corps jaune de la grossesse et ensuite le placenta,

auquel viendraient s'ajouter les hormones de la thyroïde, de l'hypophyse et des capsules surrénales (Muret).

Voyons maintenant quelles sont les altérations que subissent les muscles dans les maladies infectieuses.

Zenker a décrit deux sortes de dégénérescences pouvant atteindre les muscles dans la fièvre typhoïde : la forme granuleuse et la forme cireuse. Ces deux lésions pouvant du reste se combiner sur le même muscle.

Selon Hayem, le tissu interstitiel et les vaisseaux, prennent une part très active au processus inflammatoire. Dans son remarquable travail sur les myosites symptomatiques il admet trois degrés dans l'inflammation musculaire dépendant des fièvres graves. La myosite peut être due à des métastases infectieuses au cours d'une affection générale. Tels sont, par exemple, les foyers de myosites, les abcès musculaires que l'on voit survenir au cours du scorbut, du purpura, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de l'érysipèle, de l'infection puerpérale, de la blennorragie.

Histologiquement le début de la lésion est marqué par une congestion de tous les vaisseaux, par une infiltration de leucocytes dans le tissu inter-fasciculaire, qui se sépare et dissocie les fibres musculaires. La myosite est, en effet, au début, un phénomène interstitiel, ce n'est que secondairement que la substance striée est atteinte. Les fibres musculaires subissent à leur tour les dégénérescences cireuse, granulo-graisseuse en se fragmentant transversale-

ment en fragments irréguliers, conservant encore leurs striations.

En résumé, quelle que soit la cause déterminante de la myosite, celle-ci est toujours caractérisée à son début par la succession des trois phénomènes histologiques : dilatation des vaisseaux, infiltration du tissu conjonctif par des cellules migratrices et de la fibrine en moins grande abondance, dégénérescence cireuse et désintégration granuleuse des fibres musculaires dont les gaines de sarcolemme rompues ne tardent pas à être envahies par les microbes et les cellules migratrices avoisinantes.

La myosite aiguë peut se terminer par la réparation complète (dans les myosites légères), par la suppuration, par la transformation fibreuse (terminaison la plus fréquente), par la nécrose en bloc ou mortification (très rare chez l'homme), enfin par le passage à l'état chronique.

Régénération musculaire : Vittisch avait déjà constaté que chez la grenouille en état d'hibernation un grand nombre de fibres musculaires subissent la dégénérescence grasseuse, en même temps qu'elles sont remplacées par des jeunes fibres de formations nouvelles dérivant du tissu conjonctif interstitiel.

Suivant Zenker, les blocs vitreux deviennent de véritables corps étrangers, provoquant autour d'eux des phénomènes réactionnels qui se traduisent par la multiplication des éléments du périmysium interne avec transformation graduelle d'un certain nombre d'éléments de jeunes fibres musculaires striées.

Hayem admet un double point de départ. Selon cet auteur, il faudrait placer l'origine des nouvelles fibres dans les noyaux musculaires et les noyaux du péri-mysium.

Pathogénie.

D'après Zenker, la dégénérescence cireuse serait due à un trouble de fonctionnement des centres régulateurs de la chaleur et de la nutrition des centres musculaires.

Pour Hayem, la cause de ce processus est due à l'altération du centre et des sucres nutritifs (toxémie) qui constitue le fond et le point de départ de toutes les fièvres infectieuses. On sait d'ailleurs que de tous les tissus classés dans les conditions anormales de nutrition, le tissu musculaire est celui qui subit les plus profondes atteintes.

Ce que nous venons d'exposer concerne les lésions musculaires dans les maladies infectieuses en général. Au cours de la grossesse, (ce qui nous intéresse), il y a certainement des modifications des muscles de la paroi abdominale avec des phénomènes d'adaptation physiologique, décrite par Muret. Mais il ne semble pas qu'il y ait, au cours de la grossesse, des myosites occasionnées uniquement par l'état gravidique

IV

ÉTIOLOGIE

Dans presque toutes les observations de rupture du grand droit au cours de la grossesse que nous avons pu retrouver nous relevons toujours un facteur autre que la grossesse, tel que : la grippe, la syphilis, le purpura, etc., responsables de cette rupture. La grossesse elle-même, suivait normalement son cours jusqu'au dernier jour précédant l'accident.

Dans l'observation de Bar, la rupture de l'artère épigastrique s'était produite au moment d'une chute de la femme sur le sol.

Stoeckel a discuté dans l'étiologie de son premier cas une néphrite gravidique avec grippe et toux simultanées, mais l'auteur met la rupture sur le compte de l'hyperhémie avec distension gravidique, dans son second cas, une diathèse sanguine avec purpura.

La malade de Lichtenstein présentait le jour précédant l'accident une insuffisance respiratoire d'origine nasale, causée par un coryza très intense ; la muqueuse pharyngée était très congestionnée et les amygdales hypertrophiées.

Celle de Schroeder toussait beaucoup, avec une expectoration abondante muco-purulente les jours qui ont précédé la rupture.

Bauereisein pensait que la longue lactation de sa malade pouvait avoir une influence sur l'affection musculaire, et dans les antécédents on trouvait une grippe légère.

Chez la malade de Carnelli, le diagnostic de grippe était fait une dizaine de jours avant la déchirure musculaire.

Dans le cas de Sjöblum, on notait des symptômes fébriles avant l'accident.

La cause de l'hématome observé par Wehik était l'infection puerpérale. Après l'accouchement et à la suite d'une périmétrite consécutive, la malade présentait un abcès de la paroi, s'ouvrant spontanément vers l'extérieur.

Au point de vue étiologique chez la malade de notre maître M. Lantuéjol, que nous avons suivie personnellement, il y a deux points à retrouver : l'existence d'une grippe dans les jours précédant l'accident et d'une syphilis affirmée par la réaction de Wassermann, et des lésions placentaires et fœtales. S'agit-il d'une rupture musculaire par myosite grippale comme dans les autres cas rapportés ? S'agit-il au contraire d'une artérite syphilitique à l'origine d'un hématome ayant dissocié secondairement le grand droit ? Il nous est impossible de répondre en l'absence de biopsie et d'examen bactériologique, pratiqués au niveau de la lésion. Par la ponction de

l'hématome on n'a retiré aucune goutte de sérosité.

D'une manière générale on distingue trois types de rupture des grand-droits :

1^o La rupture traumatique, survenant chez des sujets sains, jeunes et vigoureux, dont le muscle, de toute évidence, est normal. C'est au cours d'un effort violent (effort du cavalier sautant à cheval par exemple) que le muscle se rompt. Ce sont les mieux connues puisque les plus fréquentes ;

2^o La rupture spontanée par troubles trophiques (au cours du tabès, par exemple). Dans ce cas le muscle est dégénéré du fait des lésions nerveuses, que présentent les malades. L'effort des ruptures est de minime importance et survient sans grande douleur, au cours d'un acte physiologique par exemple ;

3^o Beaucoup plus intéressant sont les cas de rupture au cours des maladies infectieuses ; c'est dans ce groupe qu'appartiennent les ruptures dont nous apporterons les observations.

Les causes occasionnelles les plus minimes suffisent pour en provoquer la rupture. Le plus souvent au cours d'un effort provoqué par la toux, la défécation, le moindre mouvement en un mot, telles sont les causes de déchirures des muscles ; dans le cas de Bauereisen la malade voulant arrêter la sonnerie d'un réveil.

L'hématome peut être dû à une rupture fibrillaire pathologique du muscle ou à une rupture du tronc de l'épigastrique ou d'une de ces branches. Donc deux

processus peuvent être invoqués à l'origine de cette complication :

1^o Facteur musculaire : le muscle atteint de myosite se rompt, d'où hématome. Cette myosite peut être d'ailleurs provoquée directement par une pullulation microbienne, par embolie ou simplement d'origine toxémique ;

2^o Facteur artériel : une artério-sclérose généralisée, une artérite chronique qui peut être syphilitique, éthylique ou infectieuse, sont les causes ordinaires des troubles vasculaires généraux. Il y a production d'un hématome par rupture d'une artère plus ou moins importante, par artérite thrombosante ou embolie, d'où dissociation musculaire.

SIÈGE DE LA RUPTURE.

Elle se fait en général dans la partie inférieure du grand droit, la raison en est qu'ils sont moins larges et possèdent moins d'intersection fibreuse en cet endroit que dans la partie sus-ombilicale. De plus, à partir de l'ombilic, le feuillet postérieur du grand droit s'amincit et se résoud bientôt à une couche de tissu cellulaire ; cette disposition explique pourquoi la rupture siège ordinairement dans la portion inféro-postérieure de ce muscle.

V

SYMPTOMES

Les symptômes subjectifs sont assez analogues aux symptômes des kystes de l'ovaire avec torsion du pédicule, de l'appendicite, etc...

La malade, après une quinte de toux ou simplement un mouvement dans son lit, ressent une vive douleur dans le bas-ventre qui marque le début, elle présente des nausées.

Les symptômes objectifs: la tumeur est d'un volume modéré, le plus souvent de la taille d'une tête d'un fœtus et peut même atteindre un volume énorme remplissant la moitié de l'abdomen ; elle est dure ou molle et peut être franchement fluctuante. Dans les cas de Vogt et Lichtenstein elle était bilatérale.

L'ecchymose est noté dans la moitié des cas environ, elle siège devant le muscle ou à distance de lui. Comme symptômes, il n'a, le plus souvent, qu'une valeur secondaire.

Les signes généraux : la malade se trouve dans un état d'anémie grave, pouls à 120, température autour de 38°. On note l'absence d'hémorragie des organes génitaux et des signes vésicaux, malgré la situation sus-pubienne de la tumeur.

VI

ÉVOLUTION

Que deviennent ces foyers hémorragiques? Les observations de Vogt et Lichtenstein qui n'ont pas opéré leurs malades, démontrent que les hématomes du grand droit se résorbent spontanément, qu'ils diminuent progressivement jusqu'à disparition complète de la tumeur par résorption et guérison.

Dans celle de Chaussier, la malade meurt quelques jours après l'accident; il s'agissait d'une rupture du psoas constatée à l'autopsie.

La malade de Bar mourut d'une hémorragie interne dont l'autopsie démontra qu'il y avait eu rupture de l'artère épigastrique d'origine traumatique.

Sur 8 malades opérées (celles de Stoeckel, Sjoblum, Macé, Schroeder, Carnelli, Lantuéjoul, dont la plupart à la suite d'une erreur de diagnostic), 7 ont bien guéri. La huitième, celle de Carnelli, mourut d'une broncho-pneumonie. La malade, grippée, fut opérée, car on pensait à un décollement du placenta avec hémorragie interne. Au cinquième jour qui a suivi l'opération, elle avorta et une broncho-pneumonie se déclara qui emporta la femme en 12 heures.

VII

COMPLICATIONS

Dans les cas que nous venons d'étudier, les malades, opérées ou non, n'ont présenté aucune complication causée par la rupture.

Notons cependant les complications qui peuvent se produire chez les malades atteintes d'une rupture musculaire de la paroi abdominale :

Comme complications immédiates, il y a à craindre la suppuration : la tumeur augmente, devient fluctuante, la température monte, la peau rougit et s'ulcère. Dès que la fluctuation devient manifeste, il faut inciser largement pour évacuer le foyer hémato-purulent. L'évacuation de l'abcès est suivie d'une rapide cicatrisation.

Tardivement, y a-t-il une faiblesse des parois due à la rupture musculaire ?

Dans les observations citées, les malades ont très bien guéri, sans présenter aucune gêne dans leurs mouvements. Vogt ayant revu sa malade un mois après sa sortie n'a plus trouvé de trace de tumeur, il restait seulement un écartement appréciable des deux

muscles droits (la tumeur était dans ce cas bilatérale), elle n'était nullement gênée pour cela.

Chez notre malade qui est revenue consulter deux mois après avoir quitté le service, la tumeur avait encore le volume d'une petite mandarine. En faisant contracter les grands droits, on pouvait constater qu'il y avait rupture du muscle gauche, sensiblement au milieu de l'espace ombilico-pubien.

En effet, à droite on pouvait suivre facilement le bord interne du muscle, il était assez écarté de la ligne médiane et formait une courbe régulière à concavité interne. A gauche, au contraire, on suivait la partie supérieure du bord interne du muscle : ce bord était très oblique en bas et en dehors. On repérait facilement la partie inférieure de ce bord interne presque vertical. Mais au niveau du reliquat de l'hématome, les parties supérieures et inférieures du bord musculaire interne ne se raccordaient pas. On aurait dit que le bord interne était en baïonnette, avec une partie inférieure presque verticale, une partie horizontale, large d'environ 6 cm., au niveau de l'hématome et une partie supérieure oblique en haut et en dedans. Il y avait éventration sans gêne fonctionnelle réelle.

VIII

PRONOSTIC

Le pronostic de l'hématome de la paroi abdominale est très bon. Sur 11 cas d'hématome du grand droit dont nous avons pu retrouver les observations, 10 ont très bien guéri ; une est morte (celle de Carnelli) chez laquelle l'opération a provoqué l'avortement suivi d'une broncho-pneumonie. Les deux autres, dont le pronostic a été fatal, sont : celle de Bar, d'une rupture traumatique de l'artère épigastrique et celle de Chaussier, d'une rupture du psoas pendant le travail.

Si le pronostic des ruptures musculaires peut offrir une certaine gravité, ce n'est point à cause de la lésion elle-même, mais elle est l'indice d'une infection ou intoxication de l'organisme, accompagnée d'une altération profonde des muscles.

IX

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'hématome consécutif à une rupture du grand droit est extrêmement difficile à faire. Ce qui prouve les différentes erreurs qui ont été faites dans la majorité des cas.

Dans le cas de Bar, la malade meurt d'hémorragie interne, le diagnostic de rupture de l'artère épigastrique n'a été fait qu'à l'autopsie.

Chez les malades de Macé, Boissard, Bauereisen, Lantuéjoul, les phénomènes qu'elles présentaient firent penser à la torsion d'une tumeur intra-abdominale. Ce qui décida ces auteurs à intervenir,

Carnelli pensait qu'il s'agissait d'une complication pathologique de la grossesse et fit le diagnostic d'un décollement du placenta avec hémorragie interne.

Dans le second cas de Stoeckel, la tumeur ayant été considérée comme une tête de fœtus, fit faire le diagnostic de grossesse gémellaire. Après l'expulsion d'un fœtus vivant et à terme, la sage-femme déclara alors que le second fœtus mort était resté dans l'utérus et pour confirmer cette supposition fit la révision de

l'utérus qu'elle trouva complètement vide, la tumeur n'étant pas accessible.

Dans tous ces cas, c'est la prédominance des symptômes péritonéaux qui induit le médecin en erreur. En fait l'intensité de la douleur peut gêner l'examen ; les nausées, l'atteinte de l'état général excusent les erreurs de diagnostic commises. L'affection est si rare que l'on n'y pense pas. Le siège intra-musculaire de la tumeur n'est pas facilement reconnu.

La tumeur est mobilisable avec la paroi abdominale antérieure. Par la palpation associée à la mobilisation de l'utérus, on peut constater que la tumeur siège dans la paroi même. Elle est mobile latéralement quand la paroi est relâchée, s'immobilise quand l'abdomen se contracte.

En dehors de la grossesse, la rupture du muscle grand droit a donné lieu à d'autres erreurs de diagnostic avec des affections de la paroi abdominale, avec une tumeur ou hernie étranglée (Richardson) ; son apparition rapide et son évolution spéciale excluent les néoplasmes.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.

Le diagnostic de la lésion étant fait, il faut en chercher la cause.

D'après les observations trouvées, on peut mettre les affections musculaires amenant ces ruptures sur le compte de diverses causes :

Dans six cas, grippe ou infection pulmonaire ;

Dans un cas, purpura avec diathèse hémorragique ;

Dans un cas, infection puerpérale ;

Dans un cas, traumatisme.

Dans les cas restants, où on ne trouve pas de cause directe, il aurait été intéressant de faire la réaction de Wassermann.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE.

Bauereisen ayant cherché, a trouvé au niveau de la lésion, le staphylocoque. Chez la malade de Wehik on a trouvé dans le pus le colibacille. Dans les foyers de myosite aiguë ou suppurée, la plupart des microbes peuvent être rencontrés ; le plus souvent le staphylocoque doré, streptocoque, staphylocoque blanc, bacille d'Eberth, seul ou associé au staphylocoque doré, colibacille, gonocoque seul ou associé aux pyogènes, pneumocoques, le vibrion septique, les innombrables bactéries de la pourriture d'hôpital, etc...

X

TRAITEMENT

Deux modes de traitements sont en présence : le bistouri et le traitement conservateur.

Vogt et Lichtenstein n'ont pas opéré leurs malades, les tuméfactions ont diminué progressivement jusqu'à la disparition complète, les malades n'étaient nullement gênées dans leurs mouvements, ni empêchées dans leurs occupations habituelles.

Stoeckel est partisan de l'intervention chirurgicale, qui consiste à l'incision de la tumeur, suivie d'évacuation des caillots et, s'il y a lieu, de la ligature d'un vaisseau avec tamponnement des parois.

Schroeder qui est aussi pour l'intervention, mais selon l'état de la grossesse, préconise dans celle à terme le traitement chirurgical de l'hématome, en même temps que la césarienne abdominale.

Sur huit malades opérées, sept ont guéri, une est morte d'une broncho-pneumonie survenue au cours de l'avortement provoqué par l'intervention.

En dehors de la grossesse, Cathelin obtient d'excellents résultats dans les ruptures traumatiques des cavaliers, en prescrivant des compresses, un bandage

de corps ainsi que le repos absolu au lit. Lavroyence recommande la ponction évacuatrice.

Evidemment, en cas de suppuration, il faut intervenir, dès que la fluctuation devient manifeste on ne doit pas tarder à inciser largement le foyer.

En résumé, il ne semble pas que le traitement chirurgical ait donné de meilleurs résultats que le traitement conservateur. Par conséquent, en présence d'un hématome du grand droit pendant la grossesse, il vaut mieux laisser la malade tranquille, la résorption de la tumeur se fera d'elle-même.

XI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Rupture du psoas pendant le travail. — In Traité de l'art de l'accouchement. Tarnier et Budin, t. III, chapitre « Ruptures diverses ».

Cette observation, due à Chaussier, est une observation de rupture du psoas pendant le travail. La voici d'après l'auteur lui-même. « En avril 1809, une jeune femme d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, d'un caractère irascible, impatient, enceinte pour la première fois et parvenue au terme de la grossesse, éprouve des douleurs de l'accouchement. Tout paraît annoncer d'abord la terminaison la plus favorable ; mais, à mesure que les douleurs augmentent, elle n'écoute plus rien et paraît délirer complètement. Cependant elle accouche heureusement ; mais, au lieu de se calmer, elle délire, l'agitation subsiste, se renouvelle avec violence par intervalles ; on ne la contient qu'avec peine dans son lit, tous les secours sont inutiles et elle meurt quelques jours après son accouchement. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes, dans la fosse iliaque droite, sous le péritoine, une grande

quantité de sang infiltré dans le tissu lamineux, ramassé en foyer dans quelques points, et le muscle prélombo-trochantinien (le grand spoas) était rompu dans une partie de son épaisseur et en différents endroits.

OBSERVATION II.

Rupture de l'artère épigastrique gauche chez une femme enceinte. — In Thèse Colson, Paris, 1879, service de M. Cornil (hôpital Saint-Antoine).

La nommée D..., âgée de 35 ans, journalière, entre le 1^{er} juillet 1879, salle Sainte-Adélaïde, n^o 17, enceinte de 7 mois et demi environ, et multipare (c'était sa deuxième grossesse) ; elle est envoyée par erreur à la salle des femmes en couches. Aucun début de travail ne s'étant manifesté, on prescrit son transfert dans la salle commune. L'infirmier chargé de la transporter, la laisse tomber dans l'escalier. La malade accuse de suite une grande douleur dans l'abdomen, dans les jours qui suivent, on peut constater l'apparition d'une large ecchymose, dans la région sous-ombilicale ; la femme succombe le troisième jour, avec tous les signes d'une hémorragie grave.

Examinée attentivement, elle n'a présenté aucun début de travail.

Autopsie faite le 5 juillet, 30 heures après la mort de la malade.

Une large ecchymose occupe la région sous-ombilicale. Par la palpation, on constate que l'utérus remonte jusqu'au niveau de l'ombilic.

A la section de la peau, le tissu cellulaire sous-cutané de la région ombilicale est infiltré de sang ; les aponévroses de la paroi antérieure de l'abdomen, surtout du côté gauche de la ligne blanche, présentent une couleur bleue noirâtre très foncée. Entre chacune de ces aponévroses est une nappe de sang coagulé.

Le muscle droit antérieur gauche n'est plus reconnaissable au milieu du caillot noir, qui a dissocié ses faisceaux, et qui s'insinue jusqu'aux insertions de ce muscle, à la cinquième côte. Le sang, suivant les faisceaux du grand oblique, a fusé jusqu'à ses insertions costales les plus supérieures. La grande lèvre gauche est œdématisée, et remplie par le sang.

Il n'y a pas de péritonite.

A l'ouverture de l'utérus, nous remarquons que la cavité utérine se trouve divisée en deux parties, une inférieure, ayant pour centre le canal cervical et un diamètre de huit centimètres environ, est recouverte par une membrane lisse, qui ne contracte aucune adhérence avec l'œuf. Dans sa partie inférieure, on trouve des irrégularités, qui, macroscopiquement, paraissent être les arbres de vie étalés ; dans sa partie supérieure, on remarque un certain nombre de saillies transversales qui s'accroissent, surtout au point où l'œuf commence à adhérer à la paroi utérine, adhérences qui se font suivant une ligne circulaire très nette. La distance qui sépare cette ligne de l'orifice externe du col, est égale à huit centimètres.

Le canal cervical ne paraît pas séparé de cet espace infundibuliforme par un rétrécissement, bien que cela ait paru exister dans les examens faits pendant la vie.

La source de cette hémorragie considérable et mortelle n'est pas signalée dans l'observation mais d'après Bar, elle provient d'une rupture de l'artère épigastrique gauche ; rupture qui s'était faite évidemment au moment de la chute de la femme sur le sol.

OBSERVATION III.

Rupture du grand droit de l'abdomen chez une femme enceinte par M. O. Macé. — In Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris ; séance du 19 février 1908.

Messieurs, je veux vous rapporter en quelques mots un fait intéressant par sa rareté.

Il s'agit de l'observation d'une femme de 41 ans, ayant déjà eu onze grossesses qui fut emmenée à la maternité dans le service de M. Maygrier pour des accidents survenus subitement.

Le 1^{er} février, vers huit heures du matin, la malade ressent quelques petites douleurs dans la partie latérale gauche de l'abdomen. Vers midi, ces douleurs deviennent très intenses, elles sont constantes et prononcées à un tel point que la malade qui a eu quelques lipothymies est amenée d'urgence à la maternité dans la soirée.

A son entrée, on apprend qu'elle est enceinte de six mois environ, que le fœtus est vivant. On constate que la partie droite de l'abdomen est occupée par l'utérus gravide, et que la partie gauche est remplie par une tuméfaction qui fait relief sous la peau, arrondie et convexe, à sa partie supérieure qui est située à trois travers de doigt au-dessus de la ligne horizontale passant par l'ombilic. La palpation

délimite très bien en haut cette tuméfaction en même temps qu'elle détermine dans toute cette région des douleurs assez vives. Il paraît difficile de délimiter cette tuméfaction de l'utérus, cet examen est d'ailleurs rendu délicat par la persistance de sensations douloureuses qu'elle provoque. Il n'existe aucune modification de la paroi à ce niveau ; le pouls et la température de la malade sont normaux.

La première idée qui vint à l'esprit fut qu'il pouvait s'agir d'un kyste à pédicule tordu, dont la torsion en était très lente. Une piqûre de morphine est faite à la malade et une vessie de glace appliquée sur l'abdomen.

Le lendemain, même état. Le surlendemain vomissements verdâtres, douleurs toujours très accentuées. M. Maygrier me prie d'intervenir.

Une injection de morphine ayant été faite à la malade et le chloroforme donné, j'incise la paroi sur la ligne médiane et je constate que la tuméfaction décrite plus haut siège dans la paroi abdominale, dans la gaine du muscle droit du côté gauche. Cette gaine ouverte donne issue à 250 cmc. de caillots noirs, la main conduite à gauche reconnaît sur la limite externe de la gaine le muscle droit présentant à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen une déchirure qui découpe en un V à ce niveau le bord interne du muscle.

Une contre-ouverture à la partie externe et inférieure de la gaine est faite pour faciliter le drainage.

Pas de lavage dans la poche. A aucun moment je n'ai ouvert le péritoine. Suture de la gaine complètement sur son côté interne. Suture de la paroi abdominale.

La malade a très bien supporté l'opération ; le deuxième jour suppression du drainé.

Il s'agissait donc, comme on le voit, d'un hématome de la gaine du droit consécutif à la déchirure du muscle, sans que j'aie pu trouver la cause de cette déchirure.

Discussion :

M. Boissard. — L'observation rapportée par le Dr Macé me rappelle un fait que j'ai observé à la Maternité de Tenon et qui est absolument semblable si bien qu'on dirait que les deux observations sont calquées l'une sur l'autre ; même apparition brusque, même intensité de douleur, qui rendent l'examen très difficile, même production de tumeurs qui semblent tendues et profondes, même erreur de diagnostic, même conduite opératoire et même heureuse terminaison. seulement dans le fait qui m'est personnel, la malade nous avoua après sa guérison qu'elle avait reçu un coup de pied dans le ventre ; il n'y avait cependant pas d'ecchymoses à la peau, mais un vaste épanchement sanguin qui fut lavé et drainé, sans pouvoir vérifier s'il y avait ou non rupture du grand droit de l'abdomen.

OBSERVATION IV.

Hématome de la paroi abdominale antérieure au cours de la grossesse. — In Zentralblatt für gynäkologie, 1901, n° 10 par W. Stoeckel de Bonner Frauenklinik.

M^{me} M. Sch., IV-pare. Des trois grossesses antérieures, la première se termina par une application du forceps, les

deux autres sans aucune intervention. Il y a 2 ans environ on note chez la malade deux fausses couches : la première de 2, la deuxième de 3 mois.

A l'admission le 26 mars 1899 la malade déclare être enceinte de 6 mois environ, les mouvements fœtaux avaient été perçus pour la première fois il y a trois semaines, la dernière fois, 4 jours avant son entrée. Depuis quelque temps la malade tousse beaucoup à la suite d'un refroidissement et pendant une quinte elle a ressenti il y a 2 semaines environ dans la nuit une douleur intense dans la fosse iliaque droite et bientôt est apparue une tuméfaction de la région douloureuse. En même temps la température est montée à 38°.

Les douleurs s'atténuent les jours suivants, mais la veille de son entrée, elle a perdu abondamment les eaux, ce qui l'a obligée à se faire hospitaliser.

A l'examen, l'utérus correspond à une grossesse de six à sept mois, en antéflexion et dextroversion.

Au toucher l'orifice externe du col est ouvert et perméable et permet le passage de trois doigts à travers le canal cervical ; on sent facilement le pourtour des membranes rompues ; le placenta n'est pas accessible. Sur la paroi abdominale antérieure, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, à droite de la ligne blanche, on remarque une tumeur arrondie qui s'étend presque jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur fluctuante est nettement limitée mais son épaisseur diminue sur la périphérie. Il était facile de constater que cette tumeur siège dans la paroi même, par la palpation associée à la mobilisation de l'uté-

rus. En empaumant la tumeur on arrive à la séparer de l'utérus sous-jacent.

En tout cas, pour éviter l'erreur de diagnostic avec une vessie distendue, un cathétérisme est pratiqué qui ne modifie en rien la tumeur.

Examen général : Rien d'anormal au point de vue de l'appareil respiratoire. Cœur : le premier bruit est un peu soufflant à la base. Urine : renferme 2 % d'albumine au tube d'Esbach. Sans cylindrurie.

Le soir même de l'examen se déclare une hémorragie utérine grave qui nécessite un tamponnement vaginal énergique avec de la gaze iodoformée, mais sans résultat, après quelques heures on enlève la gaze imbibée entièrement de sang. L'orifice externe du col est ouvert et rempli de placenta descendu et dilacéré.

On procède alors à une version suivie de l'extraction d'un fœtus mort et de la délivrance artificielle d'un placenta énorme par la manœuvre de Crédé sous anesthésie chloroformique.

L'intervention est terminée par un badigeonnage de la cavité utérine avec une solution de lysol à 1/2 %.

Les suites de couches sont des plus normales et apyrétiques. Deux jours après l'intervention les urines ne contiennent plus d'albumine.

Jusqu'au 2 avril, la tumeur reste invariable, mais sa consistance semble plus ferme puisqu'on ne constate plus de fluctuations. Le diagnostic de néoplasme, fibrome ou lipome n'est pas possible à cause de sa consistance et de sa configuration ; reste à discuter la possibilité d'un sarcome de la paroi abdominale ; mais ce diagnostic est

infirmé à son tour étant donné la diminution de la tumeur les jours suivants. Reste donc l'hématome de la paroi, l'absence complète d'hyperesthésie cutanée abdominale, et des signes d'inflammation plaident en faveur de ce dernier. L'opération pratiquée par le Dr Stoeckel confirme le diagnostic.

Après une incision cutanée et aponévrotique longue de 8 cm. au milieu de la tumeur, on trouve sur la couche superficielle du droit abdominal un hématome rempli de caillots noirâtres. On remarque une rupture du muscle. Il reste une cavité dont les parois sont parsemées de granulations cruoriques provenant des particules du coagulum. Sur les parois de la cavité de l'hématome on remarque le bord du muscle grand droit du côté droit. Après curage des granulations des parois on remplit la cavité de gaze iodoformée, on suture la paroi avec Silkworm-Knopfnahte en laissant une ouverture qui laisse passage au bout de la mèche. Cette mèche est enlevée le septième jour après l'opération, une semaine plus tard la plaie opératoire est complètement cicatrisée. La cicatrice de la paroi est ligneuse et solide.

OBSERVATION V.

Hématome de la paroi abdominale antérieure au cours de la grossesse. — In Zentralblatt für Gynäcologie, 1901, n° 10, par W. Stoeckel de Bonner Frauenklinik.

M^{me} K. V... Après cinq accouchements normaux on note il y a deux ans un avortement spontané. Quatorze

jours avant son entrée (le 19 novembre 1900) dans la clinique, elle accouche pour la sixième fois.

Dans son histoire, on apprend que 8 jours avant l'accouchement, au cours d'une quinte de toux, elle a ressenti une sorte de déchirure dans le bas ventre, suivie immédiatement d'une tuméfaction très gênante et douloureuse qui grandissait les jours suivants. Pendant l'accouchement la sage-femme fait le diagnostic de grossesse gémellaire, la tumeur étant considérée comme la tête du deuxième jumeau. L'accouchement d'un enfant vivant et à terme et la délivrance sont spontanés et des plus normaux ; la sage-femme déclare alors que le second fœtus mort est resté dans l'utérus et pour confirmer cette supposition elle fait la revision utérine et trouve un utérus complètement vide, la tumeur n'étant pas accessible. La malade affirme que cette manœuvre était faite sans aucune violence ni douleur.

Pendant les suites de couches tout à fait normales et apyrétiques le volume de la tumeur n'a pas changé, et c'est seulement au cours des derniers jours qu'elle semble avoir diminué.

A l'examen local : on remarque au niveau de l'hypochondre droit une tumeur du volume d'une tête d'enfant qui s'étend de l'arc costal droit jusqu'au niveau de l'ombilic ; elle est bien limitée, ses bords sont nets, de consistance élastique, la fluctuation est perceptible. Les téguments sus-jacents n'adhèrent pas à la tumeur, et ne présentent aucune coloration anormale. La tumeur est mobilisable avec la paroi abdominale antérieure ; on sent que le siège de la tumeur est dans la paroi même.

Au-dessous et à gauche, on remarque une ecchymose provenant d'une hémorragie superficielle ou d'une transsudation de sang de l'hématome.

Examen général : Sur la face antérieure des extrémités un peu moins sur la face postérieure du thorax on distingue facilement de multiples taches purpuriques dont les plus nombreuses ne dépassent pas la dimension d'une tête d'épingle. La muqueuse buccale est indemne.

Appareil génital : Utérus en voie d'involution, en antéflexion, les annexes à peine perceptibles ne sont ni augmentées de volume ni douloureuses au toucher.

La température est à 36°8.

Le pouls à 66.

Le diagnostic, vu l'analogie étonnante avec le cas précédent, est celui d'un hématome sous-cutané enkysté de l'hypochondre droit : le traitement par conséquent, le même.

Après une incision au niveau de la tumeur on tombe sur une cavité remplie de sang en partie coagulé : on remarque que quelques faisceaux du muscle droit abdominal du côté droit sont dilacérés et auxquels on attribue l'hémorragie.

La suture, l'application d'une meche de gaze iodoformée à demeure furent analogues au cas précédent.

A la sortie de la malade (le 16 décembre 1900) les taches purpuriques des extrémités n'étaient plus visibles tandis qu'on pouvait remarquer la coloration anormale de la peau au-dessus de la symphyse provenant de l'hémorragie sous-cutanée.

OBSERVATION VI.

Un cas d'hématome du grand droit abdominal au cours de la grossesse, par M. Sjöblum. — In *Zbl. für Gynäkologie*, 1906, p. 1120.

Une IX-pare à la fin de sa grossesse ressent brusquement après quelques symptômes fébriles une douleur intense au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Bientôt apparaît une tuméfaction de la région douloureuse qui atteint la symphyse pubienne.

A l'intervention on trouve un volumineux hématome que l'on peut mettre sur le compte de la grossesse, ou d'une lésion musculaire d'origine infectieuse.

Est-ce la distension de la paroi antérieure ou la rupture vasculaire provoquée par une contraction interne plus violente qui est à l'origine de l'hématome ?

Voici les questions posées par l'auteur.

OBSERVATION VII.

A propos d'un hématome de la paroi abdominale au cours de l'accouchement, par E. Vogt. — In *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1913, 14, Frauenklinik Dresden.

Au début du mois de décembre 1912, une femme âgée de 21 ans, II-pare chez laquelle la première grossesse a évolué normalement, vient consulter à la clinique de la Maternité, où elle est admise, étant à terme de sa grossesse. Elle est examinée à son entrée, et on ne trouve rien d'anormal.

Le 3 janvier, vers 8 h. du soir, apparaissent les premières douleurs qui vont en s'accroissant et aboutissent à un accouchement spontané et normal le lendemain à midi. La délivrance était spontanée, le placenta et les membranes complets.

Quelques heures après l'accouchement la mère se plaint de douleurs intenses au-dessus de la symphyse. On ne remarque pas de modification des téguments, à part les vergetures.

L'utérus atteint à peine l'ombilic, bien contracté et peu douloureux à la pression. Dans les deux flancs on trouve deux tumeurs symétriquement disposées, très superficiellement.

Après un examen minutieux en position assise et couchée on arrive à localiser les tumeurs au niveau de la partie inférieure de la ligne blanche.

Malgré le repos absolu et la glace, les tumeurs augmentent progressivement de volume mais la douleur s'atténue progressivement jusqu'au 3^e jour après l'accouchement.

Trois semaines après l'accouchement la malade demande à quitter la clinique, la tuméfaction étant diminuée, mais encore visible des deux côtés.

Un mois après sa sortie : à l'examen local on ne retrouve plus de trace de tumeurs ; il reste seulement un écartement appréciable des deux muscles droits. La malade déclare qu'après avoir quitté l'hôpital les tuméfactions avaient diminué progressivement jusqu'à la disparition complète : elle n'était nullement gênée dans ses mouvements, et leurs présences n'empêchaient pas son travail habituel, ce

qui décida l'auteur à s'abstenir d'une intervention chirurgicale.

OBSERVATION VIII.

Un cas d'hématome de la paroi abdominale pendant la lactation, rapp. par M. le Prof. Bauereisen. — In *Zbl. für Gynäkologie*, 10, 1921. Universität Frauenklinik zu Kiel.

Femme F..., âgée de 33 ans, mariée depuis 7 ans, III-pare ; le dernier accouchement date du mois de septembre 1918, actuellement (17 août 1920) son enfant n'est pas encore sevré.

Dans ces antécédents rien de particulier à part une anémie et une grippe légère il y a 2 ans. Les accouchements ainsi que les suites de couches furent parfaitement normaux.

Le matin même de son entrée, la malade voulant arrêter la sonnerie du réveil par un mouvement brusque, ressent une douleur vive dans le bas-ventre, qui gêne la marche et bientôt apparaît une tuméfaction arrondie au-dessous de l'ombilic.

Un médecin consulté, l'envoie d'urgence à l'hôpital.

L'examen nous met en présence d'une femme pâle, anémique et amaigrie.

Appareil respiratoire : Bruits suspects à l'auscultation au niveau des deux sommets (lobes supérieurs).

Appareil génital : La position et le volume de l'utérus sont normaux ainsi que ceux des annexes du côté droit.

A gauche, derrière et au-dessus de l'utérus on sent une

tumeur du volume d'une tête de fœtus, élastique et sensible à la pression, qui occupe la moitié gauche du bassin et atteint le détroit supérieur.

Les annexes gauches ne sont pas accessibles au toucher. Le rapport de la tumeur avec l'utérus ne peut pas être exclu, on peut donc discuter la possibilité d'une torsion du pédicule d'une tumeur ovarienne.

Le lendemain la malade est opérée par le Prof. Bauereisen.

Après une incision longitudinale à gauche de la ligne médiane on remarque une grande quantité de sang qui infiltre tout le tissu sous-cutané. Au voisinage de l'aponévrose du grand droit, cette infiltration est encore plus intense. La palpation permet alors de localiser la tumeur dans l'intérieur même de la paroi abdominale. Après clivage de l'aponévrose on procède à l'évidement de l'hématome rempli de sang coagulé ; l'examen bactériologique y révèle la présence de staphylocoques.

On ne trouve pas de vaisseau rompu. Une mèche de gaze est laissée à demeure dans la plaie opératoire, qui n'est enlevée que quelques jours plus tard. Guérison, 15 jours après l'opération. A sa sortie de la clinique, l'état des organes génitaux est tout à fait normal. La palpation du muscle grand droit abdominal ne démontre aucune lésion.

OBSERVATION IX.

Un hématome spontané de la paroi abdominale pendant l'accouchement, rapp. par F. Lichtenstein. — In *Zbl. für Gynäkologie*, 1922, 5 (Universität Frauenklinik. Leipzig).

M^{me} B..., âgée de 32 ans, I-pare à terme est admise le 28 août 1920 à la clinique de la Maternité ; les premières douleurs sont apparues 4 heures avant son entrée à l'hôpital. Examen : Présentation du sommet, bassin normal, tête engagée.

Urines troubles ; œdèmes malléolaires bilatérales, la température est à 38°.

Depuis quelques jours elle présente une insuffisance respiratoire d'origine nasale, causée par un coryza très fort ; la muqueuse pharyngée est très congestionnée, les amygdales hypertrophiées ; très légère dysphagie ; elle ne tousse pas.

Le lendemain de son entrée à 1 h. 20 de l'après-midi, rupture de la poche des eaux et, une heure plus tard, accouchement spontané d'une fille vivante, pesant à la naissance 3.600 gr. mesurant 53 cm. Délivrance spontanée 1/4 d'heure après l'accouchement. Pas de déchirure du périnée. Au cours de l'accouchement dans l'effort que la malade fait pour aider à l'expulsion elle présente une hémorragie conjonctivale des deux côtés, mais on ne note aucune résistance particulière de la paroi à la palpation.

Immédiatement après l'accouchement la malade se plaint d'une douleur siégeant au-dessus de la symphyse

et il apparaît des deux côtés de la ligne médiane une tuméfaction s'étendant en haut sur quatre travers de doigt.

La tumeur n'adhère pas à la peau, ses bords sont nets, elle est douloureuse à la palpation. Visiblement cette tumeur siège sous la peau et n'est pas modifiée par un cathétérisme vésical, qui montre l'absence de toute hématurie.

L'auteur conclut donc à un hématome sous-aponévrotique du grand droit abdominal et institue d'abord un traitement de l'angine et de la rhino-pharyngite par des pulvérisations du rhino-pharynx, des gargarismes, de l'antipyrine.

10 jours après l'accident : le toucher vaginal montre un utérus et des annexes parfaitement normaux. La tumeur ne présente aucun rapport avec les organes génitaux et pelviens.

19 jours après l'accident, rien de nouveau à signaler. En somme au cours des suites de couches la malade présente une température qui oscille entre 37° et 39°3, le pouls atteint 120 à la minute, mais on ne note aucun symptôme péritonéal ni mammaire qui pourrait expliquer cette température.

Les urines sont claires mais l'œdème malleolaire persiste. La rhino-pharyngite et l'angine tardent à disparaître : en outre apparaissent des douleurs intenses dans les deux membres inférieurs, qui réagissent à l'aspirine, ce qui permet à l'auteur de conclure, qu'il s'agit bien de douleurs rhumatismales. La tumeur diminue progressivement et le 19^e jour après l'accouchement la malade demande à quitter la clinique. A sa sortie la tumeur est à peine visible et peu sensible à la pression. Un mois environ après

l'accouchement la malade présente une phlébite d'un membre inférieur puis de l'autre, qui ne guérit que très lentement, puisqu'au mois de janvier 1921 la fièvre n'est pas encore tombée à la normale. Finalement disparition lente de la tumeur par résorption et guérison.

OBSERVATION X.

Rupture spontanée du grand droit gauche survenue au cours de l'infection puerpérale. — In Acta Chirurgica Scandinavica, rapp. par Mary Wehik (Dorpat).

Femme âgée de 34 ans, entre à la clinique le 22 janvier 1927. Il y a 3 semaines qu'elle a remarqué dans l'hypochondre gauche une tuméfaction grandissant assez vite. La tumeur fut d'abord douloureuse mais actuellement elle est indolore.

Dans les antécédents, on note un accouchement il y a six mois avec périmétrite consécutive ; au mois de décembre dernier elle présente un abcès de la paroi abdominale antérieure, qui s'ouvre spontanément vers l'extérieur ; rien à signaler du côté du tube digestif.

Examen : Localement au-dessus de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un poing, bien limitée, de consistance ferme, non fluctuante et qui n'adhère pas aux téguments sus-jacents, pas d'hyperesthésie cutanée.

La température est à 37°6 ; leucocytose 7.000.

Intervention chirurgicale le 28 janvier : Incision cutanée longitudinale au-dessus de la tumeur. Dans l'intérieur du muscle grand droit abdominal on tombe sur une collec-

tion purulente assez volumineuse. Un examen bactériologique ultérieur du pus met en évidence le colibacille.

Tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité et fermeture de la plaie opératoire après 10 jours.

OBSERVATION XI.

Rupture spontanée du muscle grand droit abdominal comme indication rare à la « césarienne », par K. Schroeder. —

In *Zbl. für Gynäkologie*, 21, 1929. Clinique Gynécologique de Hamm-Westphalie.

Une femme (E. H...), âgée de 32 ans, II-pare est admise à la clinique le 26 mars 1928. Les deux accouchements antérieurs furent normaux, les enfants sont vivants et bien portants ; on ne note pas de fausse couche dans ses antécédents.

Grossesse actuelle : Les dernières règles datent du 15 juin 1927 ; jusqu'à ces derniers temps la grossesse suivait normalement son cours, mais depuis trois jours environ elle tousse beaucoup, son expectoration est abondante et muco-purulente.

La veille, 10 heures avant son entrée elle ressentit une douleur très vive dans le bas-ventre au cours d'une quinte de toux. La malade ajouta qu'elle avait eu l'impression que quelque chose s'était déchiré dans son abdomen.

Tout de suite était apparu une tuméfaction au niveau de la fosse iliaque gauche très douloureuse à la palpation.

Examen : Localement on aperçoit facilement une tumeur très tendue dans la fosse iliaque gauche, pas de hernie.

On ne note pas d'arrêt des gaz depuis le début des douleurs.

Examen général : Une femme de taille moyenne, dont l'état général semble parfait ; pâleur peu accentuée ; température à 36°8, pouls à 80 régulier et bien frappé.

Etat de la grossesse : à terme ; présentation du sommet, fœtus vivant, les bruits du cœur fœtal sont perceptibles : la tête est mobile au détroit supérieur. La paroi abdominale du côté gauche est douloureuse à la palpation et tendue ; le côté droit par contre est souple et indolore ; pas de fluctuation ni de coloration anormale des segments ; les bruits fœtaux existent.

La langue est humide et non saburrale.

Urines : Albumine ; sucre : 0.

Rien d'anormal dans le culot de centrifugation ; leucocytose 8.800.

D'après ces données il suffisait d'exclure avec certitude la possibilité d'un processus intra-péritonéal et de faire le diagnostic de rupture et d'hématome de la partie moyenne du grand droit du côté gauche.

Vu l'état de la grossesse (à terme) on procède au traitement chirurgical de l'hématome, en même temps qu'à la césarienne abdominale.

Intervention : Après l'incision cutanée on remarque facilement à l'intérieur de la paroi abdominale, une congestion et une hémorragie qui s'étend depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse et dépasse à droite la ligne médiane.

Césarienne : Incision transpéritonéale et cervicale typique ; on extrait un enfant vivant qui pèse 3.350 gr., mesure 52 cm. Suture de l'utérus, du péritoine ; la cavité

de l'hématome est remplie d'une assez grande quantité de sang en partie coagulé ; on aperçoit alors une déchirure musculaire, large de trois travers de doigt et longue de 4 cm. environ ; on ligature deux vaisseaux rompus et saignants.

Fermeture de la paroi plan par plan. Convalescence sans la moindre complication. Le 7^e jour après l'opération les fils sont enlevés. Le 16 avril 1928 la mère et l'enfant quittent la clinique ; il ne reste alors qu'une cicatrice solide de la paroi abdominale.

OBSERVATION XII.

Rupture du muscle droit abdominal gauche, dans une grossesse compliquée d'influenza. — Obs. Dott. Riccardo Carnelli (Policlinico medicale année XXXVI n° 34).

C. G. 38 ans. de Luigi, propriétaire à Modigliane, fut atteinte le 7 février 1929 d'un très grave refroidissement, avec larmoiement, céphalée frontale intense, abondant écoulement nasal et sensation d'ébranlement de toutes ses dents.

Le 9 février, apparut une toux violente, persistante, avec douleur rétro-sternale et fièvre à 38°. Difficulté d'expectoration. Le médecin traitant, fit le diagnostic d'influenza.

Au 8^e jour de sa maladie, à la suite d'un douloureux accès de toux, la femme accuse une douleur aiguë comme une forte piqûre au niveau du muscle droit abdominal gauche, à deux travers de doigt de la cicatrice ombilicale.

Une telle douleur se répéta à chaque accès de toux. J'ai déjà indiqué que la femme se trouvait au 5^e mois de sa grossesse.

A la demande du médecin traitant, je l'examinais une première fois. Localement, je ne pus rien constater d'anormal. La peau avait un aspect et une couleur normaux, les parois abdominales, assez épaisses, même adipeuses, ne présentaient à la palpation aucun signe d'affaissement, de déchirement, de perforation ou d'éventration au point douloureux indiqué par la femme. Cependant on percevait une tuméfaction ou un empâtement. On palpaît très bien l'utérus gravide, un peu à droite de la ligne médiane. La température était de 37° 5, le pouls 80.

N'ayant pu établir un diagnostic exact, mais faisant seulement des hypothèses, je prescrivis sur le moment un calmant à base d'héroïne et codénine, dans l'unique but de diminuer de fastidieux accès de toux, qui, en fait, cessèrent. Pendant 5 ou 6 jours, je n'eus plus l'occasion de revoir la malade, elle m'assura ensuite avoir été un peu mieux.

Depuis cette époque, une nuit (le 21 février) au cours d'un nouvel accès de toux, un peu plus persistant, la femme ressentit à nouveau la douleur au point habituel, et plus violemment. Elle affirma que cette fois elle avait senti comme un coup de poignard et son utérus qui augmentait. Cette sensation fut si forte, que lorsque j'accourus à son chevet, je la trouvai, qui instinctivement se comprimait le ventre avec la main gauche, parce que disait-elle, elle avait peur d'avorter.

Examen objectif : La femme se trouvait dans un grave

état d'anémie aiguë : visage très pâle, sueur perlée sur le front, pouls petit, dépressible, fréquent (120 pulsations) voix aphone.

L'inspection de l'abdomen mettait en vue une tumeur ovoïde, de la grosseur d'une tête d'enfant, au grand axe parallèle à la paroi abdominale, située un peu plus vers la gauche, et chose assez remarquable et préoccupante, on la voyait croître minute par minute.

D'autre part, l'aspect de la peau qui la recouvrait, ne laissait voir aucun signe d'ecchymoses ou d'infiltration hématique.

A la palpation, je ne trouvai aucune crépitation ou empâtement spécial, si bien que je supposai qu'il s'agissait de l'utérus gravide, d'autant plus qu'il n'était ni autrement, ni autre part palpable. Devant l'absence d'une hémorragie des organes génitaux externes, et l'absence absolue d'une hémorragie précédente, je me convainquis qu'il s'agissait d'une complication pathologique de la grossesse, et je pensai à un décollement précoce du placenta normalement inséré, avec hémorragie interne. D'autre part, sachant que la femme était aussi atteinte d'influenza, il n'y avait pas à s'étonner que cette redoutable complication puisse facilement se vérifier.

Je conseillai pourtant le transport immédiat de la femme à l'hôpital, où je décidai devant l'aggravation des symptômes de procéder à la laparotomie.

Opération : 21 février 1929, 7 heures.

Sous chloroforme, je pratiquai la laparotomie médiane, sous-ombilicale. Avant d'ouvrir le péritoine, tout de suite à la surface, je vis apparaître, sur le bord gauche de

l'incision, quelques caillots de sang qui m'indiquèrent tout de suite, que l'hémorragie devait être par-dessus tout extra-péritonéale.

En effet, suivant ces caillots à gauche et glissant un doigt entre le péritoine et l'aponévrose profonde du muscle droit abdominal, je pénétrai dans un vaste sac plein de caillots sanguins; je les extrais et ne trouve parmi eux la présence d'aucune fibre musculaire et aponévrotique. La cavité complètement vidée, je m'aperçus que le ventre du muscle droit abdominal gauche, se trouvait sphacelé et séparé en deux, avec les moignons taillés et rétractés : et la cavité était occupée par un vaste hématome qui formait une tumeur remarquée peu avant.

En procédant à l'examen des tissus sous-jacents, je notai que le péritoine avait pris une coloration verdâtre par imprégnation de pigments hématiques et était très friable. Dans le but de rechercher s'il se trouvait aussi éventuellement du sang dans la cavité, j'écartai latéralement vers l'extérieur le muscle droit abdominal et je vis une petite perforation dans le fascia transversalis qui à ce niveau constitue l'aponévrose profonde du muscle même et de laquelle sortait un peu de sang noirâtre. Je la suturai avec un point, incisai le péritoine sur la ligne médiane et vis l'utérus gravide, normal mais repoussé.

Devant une telle découverte, je me bornais à mettre un petit drainage dans l'angle inférieur de la plaie péritonéale et refermais solidement la cavité gauche de l'hématome, ne fermant que partiellement la partie supérieure de la plaie cutanée.

Suites post-opératoires: Au 4^e jour, les suites opératoires

sont bonnes, parce que l'hémorragie est terminée ; la température presque normale 37°4, les fonctions intestinales s'accomplissent normalement et la malade n'accuse d'autre souffrance que sa toux, persistante et accompagnée de notables expectorations bronchiques.

Au matin du 5^e jour de l'acte opératoire, apparaissent les douleurs de l'accouchement, et la femme, comme nous le prévoyions déjà, avorta.

Il est important de noter ceci : peu de minutes après l'avortement spontané, un examen vaginal au spéculum me fit voir, par l'utérus complètement ouvert, la présence de débris placentaires d'un placenta prævia. Sans tarder j'effectuai l'évacuation de l'utérus, sans provoquer d'hémorragie.

A peine avortée, la femme alla plus mal. La température s'éleva brusquement (38°2) : le pouls recommença à accuser les caractères de petitesse et de fréquence notés précédemment avant l'opération. Il se déclara une broncho-pneumonie suraiguë, qui fit mourir la femme en 12 heures.

OBSERVATION XIII.

Hématome de la paroi abdominale par rupture du grand droit, chez une femme enceinte de sept mois. Par MM. Lantuéjoul et Bernard-Griffiths. — In Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, avril 1933.

Le 2 avril, 1933, entre à la Maternité de Saint-Louis, dans le service de M. Cathala, une femme de 26 ans, au septième mois de sa troisième grossesse. Elle a accouché

en 1928, spontanément et à terme, d'un enfant qui est mort à trois mois d'une broncho-pneumonie. Elle a un enfant bien portant, né en 1931. Le début de la grossesse actuelle a été normal, avec quelques vomissements.

Le 28 décembre et les jours suivants, la femme a eu une grippe légère, caractérisée par du coryza, de la toux avec fatigue générale et température oscillant autour de 38°. Le 2 janvier, à 8 heures du matin, après un effort de toux, elle ressent une violente douleur dans la fosse iliaque gauche. Elle a des nausées après le repas de midi. A minuit, elle se fait transporter à l'hôpital.

A ce moment, la femme répond difficilement à l'interrogatoire parce qu'elle continue à souffrir vivement du flanc gauche, température 37°8, pouls 120. La douleur rend l'examen pénible. Il existe dans la fosse iliaque gauche une tumeur qui paraît bien limitée, plaquée contre l'utérus gravide, mate, douloureuse, du volume d'une tête de fœtus à terme. Le ventre, par ailleurs, semble souple. L'utérus contient un fœtus vivant et manifestement un excès de liquide. Le toucher ne donne aucun renseignement complémentaire.

On pense à la torsion du pédicule d'une tumeur juxta-utérine et une laparotomie est pratiquée. L'incision de la paroi montre une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire. La cavité péritonéale est ouverte à la partie supérieure de l'incision sous-ombilicale. On constate que la tumeur est dans l'épaisseur de la paroi et est constituée par un hématome qui s'étend, en hauteur, du milieu de la ligne ombilico-pubienne à quelques centimètres au-dessus du pubis et, en largeur, de la ligne médiane à l'épine

iliaque antérieure. On suture la paroi sans drainer. Deux jours après, la femme accouche spontanément d'un fœtus pesant 2.570 gr. qui meurt après avoir fait quelques inspirations ; liquide abondant, placenta pesant 820 gr. Le fœtus présente une hernie ombilicale, un foie énorme et dur, la rate semble normale. Pendant environ une semaine, la femme est dyspnéique, avec toux, crachats contenant du pneumocoque et du streptocoque sans bacille de Koch, foyer de broncho-pneumonie à droite et en arrière avec submatité et souffle, râles de bronchite disséminés, température entre 38° et 39°. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La tension est de 10,5-6. Les réactions sanguines, pour la recherche de la syphilis, sont particulièrement positives (réaction de Calmette-Massol = H2, H8 ; H8 ; Hecht H8, H0).

L'hématome est ponctionné, dans le but de faire un ensemencement mais on ne peut retirer aucune goutte de sérosité.

La femme quitte le service le 25 janvier, guérie de son affection pulmonaire. La tuméfaction mesure encore 10 cm. de haut sur 7 de large. La femme revenant consulter, on a pu assister à la régression de la tumeur. Le 22 mars, celle-ci a le volume d'une petite mandarine. En faisant contracter les grands droits, on peut constater qu'il y a eu rupture du muscle gauche, sensiblement au milieu de l'espace ombilico-pubien. En effet, à droite, on peut suivre facilement le bord interne du muscle : ce bord, assez écarté de la ligne médiane, forme une courbe régulière à concavité interne. A gauche, au contraire, on suit la partie supérieure du bord interne du muscle :

ce bord est très oblique en bas et au dehors. On repère facilement la partie inférieure de ce bord interne, presque vertical. Mais, au niveau du reliquat de l'hématome, les parties supérieures et inférieures du bord musculaire interne ne se raccordent pas. On dirait que le bord interne est en baïonnette, avec une partie inférieure presque verticale, une partie horizontale, large d'environ 6 cm., au niveau de l'hématome ; d'une partie supérieure oblique en haut et en dedans. Il y a éventration sans gêne fonctionnelle réelle.

CONCLUSIONS

On a décrit sous différentes nomenclatures, soit « hématome de la paroi abdominale » soit « rupture spontanée des muscles grands droits abdominaux », soit « rupture de l'artère épigastrique », ces états pathologiques, alors qu'il ne s'agit que de la même affection.

Ces ruptures musculaires sont très rares au cours de la grossesse et de l'accouchement ; nous avons trouvé dans la majorité des observations d'autres causes que celle de la grossesse, telles que : la grippe, la syphilis, sur le compte desquelles on peut mettre la lésion musculaire.

Les modifications physiologiques que subissent les parois abdominales pendant la grossesse sont des phénomènes d'adaptation gravidique, du contenant au contenu. Mais aucun auteur n'a décrit de myosites d'origine gravidique.

Le diagnostic de cette affection est très difficile et les erreurs qui sont commises dans la plupart des cas cités se font avec une tumeur intra-abdominale avec torsion du pédicule.

Il reste une question à discuter. La grossesse a-t-elle une influence dans la localisation de la myosite ou artérite, qui puisse produire ces ruptures ?

Il ne le semble pas, mais rien ne permet actuellement de pouvoir conclure.

Vu : le Président de la thèse,

BRINDEAU.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de^e Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bauereisen.* — Hématome de la paroi abdominale pendant la lactation (Zbl. für Gynäkologie, 1921, 10, p. 396).
- Behan.* — Rupture of rectus abdominis muscle (in Boston Medic. and Surg. Journ., Bd 182, 26, 1920).
- Blond.* — Wiener klinische Wochenschrift, 1925.
- Boissard.* — Presse médicale, 17, 1908.
- Rupture du grand droit chez une femme enceinte (in Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, séance du 19 février 1908).
- Bonnecaze.* — A propos d'un cas d'hématome du grand droit de l'abdomen (Paris médical, 1923, p. 145).
- Carnelli (R.).* — Policlinico sez. prat., 26 août 1929.
- Rottura del muscolo retto abdominale sinistro in gravita affecta da influenza.
- Cathelin.* — Rupt. muscul. chez les cavaliers (Progrès médical, 3, 18 janv. 1920).
- Challier et Valléry.* — Société nationale de Médecine et Sciences médicales de Lyon, 18 mai 1927.
- Charcot et Couillaud.* — Etude clinique sur les ruptures muscul. chez les cavaliers (Revue de Chirurgie, 1887, 7, p. 325).
- Colson.* — Thèse de Paris, 1879.
- Depage et Gevarts.* — Rapport du 5^e Congrès international de Chirurgie de Paris.

Durand. — Rupture spontanée du grand droit (in Presse médicale, n° 390, 12 juin 1920).

Durante, in *Cornil et Ranvier.* — Histologie pathologique, 3^e éd., 1902, p. 309.

— Hypertrophie numérique des muscles en particulier du muscle droit de l'abdomen chez la femme enceinte (Bullet. de la Société d'Obst. de Paris, 1894).

Foucart. — Les polymyosites primitives (Thèse de Paris, 1907).

Gest. — Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille, 19 janvier 1931.

Halban et Seitz. — Biologie und Pathologie des Weibes.

Henneberg. — Hématome de la paroi abd. (In Gynecologia Helvetia, vol. XVI, p. 187, 1916).

Hensel. — Large gomme of abdominal wall simulating an intraabdominal tumor (In Annales of Surgery, vol. 86, 3, sept. 1927).

Hingelreiner. — Spontane Bauchdeckenhematom des vorge-
rickten Alters (In Bruns Beiträge z. Klinischen Chi-
rurgie, Bd. 129, 3, 1923).

Horta Barbosa (L. A.). — Sobre un caso de exomphalie com
ruptura de parçe abdominal durante o parto (In
Rev. de Gyn. e. d'Obstetrique. Rio de Janeiro, mars
1932).

Kieffer. — Des ruptures musculaires spontanées de la fièvre
typhoïde (Thèse de Paris, 1895).

Kochanoff. — Vojevna méd., 4. Saint-Petersbourg, 1914, p. 390.

Kotzareff. — La rupture spontanée de l'artère épigastrique
et son traitement (In Lyon chirurgical, 1921, vol. 18,
5).

Lantuéjoul et Griffiths. — Hématome de la paroi abdominale
par rupture du grand droit chez une femme enceinte
de sept mois (In Bulletin de la Société d'Obstétrique
et Gynécologie de Paris, avril 1933).

- Lavroyence.* — Rupture spontanée du grand droit (Presse médicale, n° 39, 12 juin 1920).
- Lecène et Leriche.* — P. 368.
- Le Dentu et Delbet.* — Pathol. Chirurg. muscles et aponévroses, p. 51 : myosites (L. Obrédanne).
- Lichtenstein.* — Un hématome spontané de la paroi abdominale pendant l'accouchement (Zbl. f. Gynäkologie, 1922, 5).
- Lorenz.* — Musklerkrankungen, 1898.
- Macé.* — Rupture du grand droit chez la femme enceinte (In Presse médicale, 17, 1908 et Bulletin d'Obstétrique de Paris, séance du 19 février 1908).
- Martin.* — Deutsche Chirurgie, 1903, Bd. 45.
- Montgomery (J. H.).* — Rupture of abdominal wall with coils, of intestinal prolapsel through perforation in woman 5 months. pregnant (In China M. janvier, juillet 1922).
- Muret.* — Les parois abdominales pendant la gestation et les suites de couches (Gynécologie et Obstétrique, juillet 1933).
- Mussman.* — Deutsche Chirurgie, j. 1880, Bd. 44.
- Patel.* — Rupture du gr. droit (Presse médicale, 39, 1920).
- Perman.* — Hematoma with sheath of the musculus rectus abdominis (in Acta Scand. Chir., vol. 54, 1922).
- Pichel.* — Spontaneous rupture of rectus abdominis muscle (In Year-Book Pichel Hosp. Brooklyn et New-York, 1913, III, 14).
- Raoul.* — In Société Anatomique de Strasbourg, mai 1924.
- Renner.* — Ein Fall von Spontanen Bauchdeckenhämatom des vorgerickten Alters (in Zentralblatt für Chirurgie, Jg. 51, 1924, 10).
- Roger, Widal, Feissier.* — Myosites typhiques (in Nouveau Traité de Médecine, fasc. III, p. 153).

Seilheim. — Weiterstellung des Bauches, Faciesdennung und Dehnungsstreifen der Haut (In Monatschrift f. Geburt und Gynäk., vol. LXIII, 1923, p. 185).

— Die Geburt des Menschen ; Deutsche Frauenheilkunde, publiée par Opitz, 1^{er} volume.

— Aggregatzustand, Elasticität und Festigkeit des Bauches (In Beit. z. Geb. und Gyn., vol. XVIII).

Schroeder. — Spontanruptur und Hämatom des Musculus rect. abdominis als seltene Indikation zum Kaiserschnitt (In Zbl. f. Gyn., 25 mai 1929, p. 1320).

Schuman. — Rupture de l'art. épigast. (In Journal de Chirurgie de Paris, t. XVI, 1, p. 81 et The American Journal of Obst. and Diseases of Women and Children, t. LXXX, 4 octobre 1919).

Sjöblum. — Un cas d'hématome du gr. droit pendant la grossesse (In Zbl. f. Gyn., 1906, p. 1120).

Spirito. — Gli ematomi spontanei delle pareti abdominali di pertineza ostetricogynecologica (In Rassegna Internaz. di clin. e terap., 15 août 1932, p. 787).

Stoeckel (Bonner Frauenklinik). Deux cas d'hématome pendant la grossesse (In Zbl. f. Gyn., 1901, p. 24).

Tarnier et Budin. — Rupt. diverses (In Traité de l'art de l'accouchement t. III, p. 753).

Vogt. — A propos d'un hématome de la paroi abdominale au cours de l'accouchement (In Zbl. f. Gyn., 1913, p. 493).

Wepik. — In Acta chirurgica scandinavica, t. LXIII, 25 juillet 1928, p. 543.

Welcker. — Contribution à l'étude des ruptures musculaires (Thèse de Paris, 1900).

Wohlgemut. — In Langenbecks Arch., Bd. 122, Arch. f. Klin. Chir., 1923, Bd. 123, 3).

Zenker. — Dégénérescence muse. de la f. typhoïde.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	9
Historique	11
Anatomie pathologique-pathogénie.....	15
Etiologie	20
Symptômes.....	24
Evolution	25
Complication	26
Pronostic	28
Diagnostic	29
Traitement	32
Observations	34
Conclusions.....	62
Bibliographie	64

